

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

N°

T H E S E
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
Ben-El-Mouffok ABDERRAHMAN

Né le 19 Décembre 1904, à Constantine
Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale de Paris

Du Suicide Émotif
et
du Suicide non Pathologique

Président de Thèse : M. Henri CLAUDE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, RUE CUJAS, PARIS (v°)

—
1933

770

ANNÉE 1933

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Ben-El-Mouffok ABDERRAHMAN

Né le 19 Décembre 1904, à Constantine

Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale de Paris

Du Suicide Émotif et du Suicide non Pathologique

Président de Thèse : M. Henri CLAUDE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, RUE CUJAS, PARIS (v°)

—
1933

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LCÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ MARCEL LABBÉ.
	{ LEREBoullet.
	{ NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	{ LENORMANT.
litiques	{ CUNEO.
Clinique des maladies du système nerveux	{ GREGOIRE.
Clinique des maladies infectieuses.....	{ GOSSET.
	{ TERRIEN.
	{ LEGUEU.
Clinique chirurgicale.....	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
	{ J.-L. FAURE.
Clinique gynécologie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé-	RATHERY.
die	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LÉON BERNARD.
Clinique propédeutique.....	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose.....	HOVELACQUE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	{ MAUCLAIRE.
dulte	{ MULON.
	{ VERNE.
Professeur sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHEL Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLERY-RADOT.
Ophthalmologie	(Pasteur).
Obstétrique	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Obstétrique	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Faible témoignage de ma grande
affection et de ma profonde
reconnaissance.*

A MON FRERE ET A MES SŒURS

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur HENRI CLAUDE

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE DE PSYCHIATRIE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette
thèse.*

A Monsieur le Professeur agrégé LEVY-VALENSI

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, nous a honoré de
son amitié, et nous a guidé par
ses excellents conseils.*

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine d'Alger

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris

A mes Maîtres de l'Institut de Médecine Coloniale
de Paris

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

M. le Professeur LAISNE.

M. le Professeur TERRIEN.

M. le Professeur TESSIER.

M. le Professeur CLAUDE.

M. le Professeur GUILLAIN.

M. le Professeur LEGUEU.

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Professeur agrégé SEZARY.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

« Je l'ai dit et je veux le redire; le nombre de vies humaines que récupèrent les plus modestes parmi les gens de mon métier en empêchant le suicide, est l'honneur de la médecine psychiatrique ».

Dr. Maurice de Fleury,
de l'Académie de Médecine.

Le suicide est l'une des plus vieilles questions sociales et pathologiques. Des penseurs l'ont combattu, d'autres l'ont permis, sans parler des anciens qui l'ont glorifié :

Mori Licet, cui vivere non placet.

Après les travaux célèbres d'Esquirol et de Durkheim, de très récents ouvrages de Bayet, de Halbwachs, d'Achille Delmas, de Charles Blondel, lui ont donné un regain d'actualité, et ont même créé un conflit. Des discussions philosophiques et psychologiques sur sa définition, sur sa nature, sur son mode

de perprétation, sur l'état de raison réelle fictive ou morbide de l'individu qui porte sur lui-même une main homicide, se sont multipliées sans apporter une solution définitive. Conception sociologique, conception psychiatrique se combattent depuis bientôt un siècle. Cette querelle de parties extrêmes a donné naissance à une conception intermédiaire psychophysiologique qui semble avoir gagné beaucoup de terrain parmi les psychiâtres et les sociologues. Nous jugeons nécessaires de donner un résumé de ces diverses conceptions.

CONCEPTION PSYCHIATRIQUE DU SUICIDE

Ce n'est que vers la fin du XVIII^e siècle que le suicide fut considéré en partie comme imputable à la démence. En 1771, à propos du spleen, dépression mélancolique et dégoût de la vie, observé en Angleterre et mentionné dans les écrits de Diderot et de Montesquieu, Sauvages signala les modes de suicide s'accompagnant de troubles mentaux. « Le suicide, disait-il dans son ouvrage *« La Nosologie méthodique »*, est ordinaire à plusieurs maniaques et mélancoliques. » Vingt ans plus tard, en 1791, Pinel donnait à la Médecine éclairée de Fourcroy, deux articles concernant des observations sur une espèce de mélancolie qui conduit au suicide. Il conclut dans ces deux articles :

1° Le sentiment naturel qui attache l'homme à la vie et l'horreur qu'il a de sa destruction peuvent donc être entièrement pervertis par un état de maladie et se changer en un penchant irrésistible pour le suicide.

2° Cet état de mélancolie est marqué, comme tout autre, par un délire circonscrit à un seul objet, qui est le dégoût de la vie; et cet objet toujours présent à l'imagination devient une idée dominante qui semble absorber toutes les facultés de l'entendement.

3° Cette cause de suicide est sans doute la plus rare, mais elle mérite d'autant plus d'être distinguée puisqu'elle rend plutôt l'homme un objet de commisération, que de justes reproches; et qu'on ne peut plus le punir, suivant l'expression de Montesquieu, qu'on ne punit les effets de la démence.

4° Dans toutes les menaces de suicide, le médecin doit s'exercer à distinguer celles que peuvent produire un état de désespoir ou une imagination exagérée, d'avec celles qui en sont indépendantes et qui tiennent en un état particulier de maladie, car celles-ci sont seules du ressort de la médecine et peuvent exiger un traitement méthodique.

Plus tard, en 1810, Gall analysa les rapports du suicide et de l'anxiété mélancolique. Mais, comme Pinel, il se contenta de faire remarquer que certains suicidés étaient des aliénés et ne nous proposa pas de théorie globale du suicide. Ce n'est qu'en 1821, qu'Esquirol traça de mains de maître la conception clini-

que et pathologique du suicide qui domina toute la psychiâtrie du xix^e siècle.

« L'homme n'attente à ses jours, disait-il, que lorsqu'il est dans le délire et les suicidés sont des aliénés. » Il envisage deux genres de suicide : le suicidé est un aliéné et se tue dans un état de folie véritable, ou, s'il n'est pas aliéné, son acte lui est imposé par « des commotions morales très fortes, susceptibles elles-mêmes de déranger l'esprit. » Ainsi donc il est un fait que des aliénés se suicident et de tels suicides sont évidemment pathologiques. C'est un autre fait que des gens considérés comme normaux se suicident. Mais ils ne sont pas normaux au moment où ils accomplissent leur acte. Ils se suicident sous le coup d'une forte émotion, d'un désordre affectif, déclenchés par les multiples incidents de la vie : ambition, cupidité, jalousie, haine, vengeance, orgueil humilié, colère, crainte, remords, amour contrarié, revers de fortune, chagrins, oisiveté, commotions politiques, catastrophes, révolution, fanatisme, irréligion, état politique et nature du gouvernement.

« Je n'aurais pas beaucoup à dire pour convaincre que les passions violemment excitées portent le trouble dans tout l'homme, soit dans son organisme, soit dans son intelligence. Lorsque l'âme est fortement ébranlée par une affection violente et imprévue, les fonctions organiques sont bouleversées, la raison est troublée, l'homme perd la conscience du moi, il est dans un vrai délire, il commet les actions les plus irréfléchies, les plus contraires à ses affections, à ses

intérêts... Il est certain qu'au moment de l'exécution, celui qui attend à ses jours ressemble presque toujours à un homme désespéré et dans le délire. » (Esquirol).

Dans ces conditions, il est évident que tout suicide ne peut être que pathologique. Cette conception pathologique du suicide fût confirmée et développée tout le long du XIX^e siècle par Falret (1822), Brone (1838), Cazauvielh (1840), Bourdin (1845), Debruyne (1847), Brière de Boismont (1851), Lisle (1856), Bertrand (1857), Leroy (1870), Moreau de Tours (1885), Vialon (1900). Avec les progrès de la psychiatrie la part des circonstances extérieures qui, en déclenchant le délire des passions, pouvaient déterminer au suicide même un individu par ailleurs normal, part sur laquelle insistaient Esquirol et ses élèves, est réduite à sa plus simple expression? Aujourd'hui trois groupes de psychopathies peuvent conduire le sujet à se donner la mort : les *impulsions*, les *délires chroniques* et les *états anxieux*.

« J'entends ici par *impulsifs*, nous dit notre maître, le Professeur agrégé Lévy Valensi, dans une leçon faite à la Faculté de Médecine, les sujets, qui indépendamment de l'obsession anxieuse se tuent par une sorte de réflexe; c'est le cas de certains *déments*, les *déments pervers* en particulier. L'*encéphalie épidémique*, qui surtout chez les jeunes, détermine de si étranges modifications du caractère et de moralité, conduit dans les cas malheureusement trop fréquents, à des tentatives de suicide, voisins quelquefois de

l'impulsion simple, souvent de *l'impulsion obsession*. Les *délirants chroniques* peu ménagers de la vie d'autrui, le sont assez de la leur. Cependant nous avons vu le *suicide mystique*; quelques délirants peu actifs peuvent se suicider par *découragement*; quelques *hallucinés* se tuent par obéissance à leur voix; enfin, au cours de l'évolution des *délires d'influence*, le suicide peut être un acte composé.

Les *états anxieux* sont avant tout la cause du suicide morbide. Il s'agit, le plus souvent, de sujets prédisposés dès leur naissance par une lourde hérédité, chez lesquels un incident fortuit, une intoxication, un état démentiel, etc... sera la cause occasionnelle du paroxysme anxieux provoqueront la mort. Ce n'est d'ailleurs pas à dire que les intoxications, lésions cérébrales, etc., ne sont pas susceptibles de déterminer pour *leur propre compte* des états anxieux. C'est à la prédisposition anxieuse qu'on doit rattacher le *spleen*, *cet état de dépression psychique*, de *dégoût de la vie*, qui n'est pas propre à nos voisins d'outre-Manche, le suicide des enfants quand il n'est pas mythomane, enfin le *suicide familial* se produisant, peut-être par suggestion, au même âge et dans les mêmes circonstances chez les membres d'une même famille.

Les intoxiqués dans des cas relativement assez fréquents, les *toxicomanes* parfois dans l'état de besoin. *L'ivresse*, chez ceux dont on dit qu'ils ont le vin triste, peut aussi conduire au suicide... *L'anxiété* des *états démentiels* est la cause du suicide souvent justifié des organiques et des séniles. Le *paralytique gé-*

néral au début ayant souvent, quoi qu'on en ait dit, *conservé son autocritique* est susceptible de se suicider. Des médecins conscients de leur diagnostic ont ainsi échappé à l'évolution qu'ils savaient inexorable de la méningo-encéphalite.

L'obsession impulsion au suicide est assez rare, il en est néanmoins des exemples. Le sujet résiste d'abord puis cède à l'impulsion.

Les phobiques de la maladie, de la mort préfèrent souvent la mort réelle à l'angoisse constante d'une mort chimérique. Les *hypochondriaques* qu'il s'agisse de phobiques, de cénestopathes, de neurasthéniques ou de mélancoliques trouvent parfois un remède dans la mort. Mais le suicide est avant tout du domaine de la mélancolie. De Clérambault, pour expliquer l'énergie déployée par certains dans ce cas, admet qu'il s'agit d'états mixtes.

Le mélancolique *délirant* peut se suicider *logiquement*, c'est-à-dire pour mettre fin à sa misère morale (maladie, ruine, déshonneur, etc.). Dans ce cas, il prémédite son acte et le rate rarement; mais le mélancolique ne prémédite pas toujours son acte; l'idée de suicide peut survenir spontanément dans un *paroxysme anxieux*.

Ainsi donc les progrès de la psychiâtrie vinrent renforcer de beaucoup la conception pathologique du suicide. La grande majorité des psychiatres croit à la rareté ou à l'inexistence du suicide non pathologique. Elle a même conclu : Ne se suicide pas qui veut : ne se suicident que les aliénés et les prédisposés.

De nos jours Maurice de Fleury et Achille Delmas sont les plus chauds partisans de la conception pathologique du suicide. La seule condition nécessaire du suicide, nous dit Maurice de Fleury, dans son livre *L'Angoisse humaine*, c'est l'état d'angoisse, c'est-à-dire l'exaltation suprême de l'humaine émotivité... L'appel de la mort est inséparable de l'angoisse, indicible souffrance humaine qui va, c'est sa définition, jusqu'à l'impossibilité de tolérer la vie. De son côté, Achille Delmas, dans son ouvrage « *La psychologie pathologique du suicide* », après avoir délimité la notion du suicide en la restreignant « à la volonté de mourir et à l'essai de réalisation lucide en dehors de toute obligation éthique » et après avoir écarté de son étude le suicide accident, le suicide dû à la démence, le suicide de l'individu qui veut échapper à l'échafaud, le suicide de l'homme atteint d'une maladie incurable suivie d'une mort terrible et douloureuse, le suicide du capitaine de vaisseau qui sombre volontairement avec son navire, ne retient que le « suicide élection », c'est-à-dire le cas où l'homme se tue « par suite d'un état psychique comportant une appétence spéciale pour la mort, qui nous étonne, nous émeut et sollicite notre besoin de comprendre ». Quels sont ces états psychiques ? « D'abord la cyclothymie, cause de 90 % des cas de suicide, quand elle affecte une de ces deux formes dépressives, à savoir :

1° L'accès dépressif paroxystique, aigu et épisodique, ou accès mélancolique ; 2° l'état contenu dépres-

sif, chronique et rémittent, ou dépression constitutionnelle » ;

Ensuite l'hyperémotivité qui est responsable des 10 % des cas restant. A. Delmas conclut : « Aucun sujet qui n'est ni cyclothymique, ni hypémémotif ne peut se suicider, quelles que soient les circonstances. »

Ainsi donc, d'après cet auteur, la psychiatrie apporte une explication satisfaisante de tous les cas de mort voulue.

CONCEPTION PATHOLOGIQUE DU SUICIDE

Dans leur étude du suicide les sociologues ont fait une large application des statistiques qui sont sans aucun doute fort riches d'enseignements et qui, jusqu'à ce jour, ont été délaissées par les psychiatres dans leur conception du suicide. Que nous enseignent-elles, ces statistiques ?

L'homme se pend plus qu'il ne se noie, se noie plus qu'il ne se tire une balle, se tire une balle plus qu'il ne s'asphyxie, s'asphyxie plus qu'il ne s'empoisonne ; la femme, au contraire, aime mieux se noyer que se pendre, s'asphyxier ou s'empoisonner qu'avoir recours au revolver.

La mort volontaire est plus rare chez la femme, un suicide de femme pour deux ou trois morts d'hommes. Les célibataires, les veufs se donnent la mort plus volontiers que les gens mariés et qui ont des enfants. Le nombre mensuel des suicides croît de

janvier en juin, pour décroître de juillet en décembre. La température n'a aucune influence sur le nombre des suicides, mais par contre la longueur du jour a une action certaine.

Le nombre annuel des suicides varie d'une nation à l'autre, mais reste à peu près invariable pour chaque nation.

C'est avec ces données statistiques que les sociologues ont justifié leur hypothèse que le suicide était un phénomène social.

Quant aux motifs individuels : misère, pertes de procès ou d'emplois, perte de jeu, chagrins de famille, amour contrarié, etc... invoqués par l'entourage des suicidés ou les suicidés eux-mêmes, ils sont pour Durkheim sans valeur ni portées réelles, car leur fréquence relative ne varie pas tandis que le nombre des suicides augmente et pour Halbwachs ils « ne sont qu'un aspect et qu'un effet de la structure et du genre de vie du groupe » et sont des causes sociales au même titre que toute autre. Nous allons donner un court aperçu des théories de l'étiologie du suicide que ces deux auteurs ont proposées pour mieux souligner les conceptions qu'ils se sont faites des rapports du suicide et de l'aliénation mentale.

Durkheim, dans son livre qui a fait longtemps autorité, se propose de déterminer, non pas les conditions qui entrent dans la genèse des suicides particuliers, mais celles qui se rattachent à deux caractères fondamentaux de la vie collective, savoir que « toute société tend d'une part, à intégrer ses membres en

un tout, et, d'autre part, à exercer sur leurs sentiments et leur conduite une action régulatrice. L'exagération ou l'affaiblissement de ces tendances donnent naissance à des courants suicidogènes, de nature, de qualité et d'actualité différentes, dont l'intensité détermine le taux social des suicides ». D'où trois variétés principales de suicide :

1° Le suicide égoïste dû à la désintégration sociale qui pousse l'individu à mettre sa personnalité au-dessus de la personnalité collective, à rompre le lien qui l'unit à la société d'abord, et à la vie ensuite.

2° Le suicide altruïste où l'intéressé se sacrifie par devoir ou par obligation (hara-kiri des Japonais, veuves de l'Indoustan...).

3° Le suicide anémique où l'individu ne peut plus supporter la discipline collective qui limite ses aspirations, règle ses sentiments et rend par suite irréalisables ses desseins, ses besoins ou son bonheur.

De ces trois types de suicide, le suicide égoïste et le suicide anémique fournissent le plus fort contingent de morts volontaires. Ils diffèrent l'un de l'autre en ce que le second dépend, « non de la manière dont les individus sont attachés à la société, mais de la façon dont elle les régleme. Ils ne sont pas sans rapport de parenté. L'un et l'autre viennent de ce que la société n'est pas suffisamment présente aux individus. Mais la sphère d'où elle est absente n'est pas la même dans les deux cas. Dans le suicide égoïste, c'est à l'activité proprement collective, qu'elle fait dé-

faut, la laissant ainsi dépourvue d'objet et de signification. Dans le suicide anémique, c'est aux passions proprement individuelles qu'elle manque, les laissant ainsi sans frein qui les règle. Il en résulte que, malgré leurs relations, ces deux types restent indépendants l'un de l'autre. Nous pouvons rapporter à la société tout ce qu'il y a de social en nous et ne pas savoir borner nos desirs; sans être un égoïste, on peut vivre à l'état d'anomie et inversement. Aussi n'est-ce pas dans les mêmes milieux sociaux que ces deux sortes de suicide recrutent leur principale clientèle; l'un a pour terrain d'élection les carrières intellectuelles, le monde où l'on pense, l'autre le monde industriel ou commercial (Durkheim).

Ces suicides se trouvent étroitement subordonnés à la vie collective. C'est pour cette raison que les motifs individuels sont écartés. Ils n'influent en rien, d'après Durkheim, sur le taux des suicides. Les causes, nous dit Durkheim, qui fixent ainsi le contingent des morts volontaires pour une société ou une partie de société déterminée, doivent donc être indépendantes des individus, puisqu'elles gardent la même intensité quels que soient les sujets particuliers sur lesquels s'exerce leur action.

Durkheim reconnaît l'existence de suicides dus à l'aliénation mentale, mais il les néglige dans l'étude du taux social des suicides et de la détermination de ses causes parce qu'il les considère comme étant l'expression d'un état individuel n'affectant nullement « l'aptitude personnelle de chaque société ».

Halkwachs (1930) se servant de nouvelles expériences et de nouvelles statistiques plus étendues et plus précises, revise et développe l'œuvre de Durkheim. Il montre que l'augmentation du taux des suicides, considérée anormale par Durkheim, est un phénomène général et normal. Ce taux du suicide tend, en chaque pays, à se stabiliser, à converger, à s'uniformiser, du fait qu'il est en fonction du genre de vie, du type de civilisation qui tendent à s'uniformiser. Si Durkheim refuse aux motifs individuels dans la genèse du suicide le rôle de causes réelles et déterminantes, Halbwachs, au contraire, fait de tous ces accidents de la vie autant de causes sociales du suicide. « Chaque type de civilisation, nous dit-il chaque genre de vie ne comprend pas seulement des manières d'agir habituelles, des règles et comme une discipline sociale. Il comporte aussi des accidents, des irrégularités, et toutes ces circonstances particulières imprévisibles où Durkheim ne voyait que des motifs ou des prétextes de suicide et que, pour cette raison, il négligeait. Pourtant, bien que ces accidents se manifestent sous la forme de situations ou circonstances individuelles, ils n'en résultent pas moins de la structure du corps social. L'individu dépend de la société aussi bien en ce qu'il obéit ou n'obéit pas à telles règles religieuses et familiales qu'en ce qu'il est plus ou moins exposé à la ruine, au déclassement et aux douleurs et contrariétés qui résultent de ses contacts avec les hommes et qui ne sont sans doute pas aussi nombreux dans les divers milieux de vie collective.

Par conséquent, il y a lieu de considérer comme causes du suicide, en même temps et au même titre que l'affaiblissement des coutumes traditionnelles, toutes ces occasions de heurts, de conflits et de déceptions qui se multiplient sans doute à mesure que la complexité de la vie sociale augmente. Pris à part, chacun de ces accidents peut paraître individuel et même unique en son genre. « Tous ces motifs présumés du suicide normal, si différents qu'ils nous paraissent, ont le même caractère. Ce sont des faits ou des circonstances, des sentiments ou des pensées qui isolent l'homme de la société ».

Quant aux troubles mentaux qui peuvent conduire l'individu à se donner la mort, Halbwachs leur donne le même rôle que les événements : ruine, chagrin intime, etc... « Il faut conserver le nom de motifs à ces événements, maladie mentale, perte d'argent, deuil, peines... puisque ce sont autant de formes particulières différentes sous lesquelles se cache un même un état... cause unique du suicide. » Ainsi donc, le pathologique d'après Halbwachs est au fond, du social et la psychiatrie par suite devient un chapitre de la sociologie.

CONCEPTON MIXTE

Entre ces deux conceptions extrêmes il y a place pour une conception intermédiaire qui rallie à elle un grand nombre de partisans. Pour beaucoup d'au-

teurs il existe deux catégories de suicide nettement distinctes, dont les unes s'expliquent par des conditions sociales et les autres résultent de troubles mentaux. Charles Blondel, dans son remarquable ouvrage sur le suicide, essaye de concilier philosophes et psychiatres. Pour lui, sociologie et psychiatrie doivent se compléter et non se combattre : « Dans l'activité humaine, deux ordres de causes se pénètrent, le physiologique et le sociologique. En la majorité des cas, c'est vanité de vouloir rattacher nos comportements exclusivement à l'un des deux. La réalité se moque des doctrines et des méthodes, ce qu'elle nous offre, avec la vie humaine, c'est une intrication indissoluble du physiologique et du sociologique, et elle nous invite ainsi à supposer dans le régime des causes la même intrication que dans celui des effets. »

« En ce qui concerne le suicide, il y aurait péril à tout rejeter des conceptions dûes aux sociologues, mais il y aurait péril, tout autant, à méconnaître ici le rôle du pathologique, qui peut avoir des causes sociales, qui peut être également social par ses effets, mais qui en lui-même n'a rien de social. »

CHAPITRE II

Pour délimiter le sujet de notre thèse, adoptons la définition du suicide donnée par Achille Delmas. Le suicide est l'acte par lequel on se donne la mort, tout homme lucide qui pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir, en dehors de toute obligation éthique. Cette définition écarte de notre étude ce qu'Achille Delmas a appelé les pseudo-suicides, c'est-à-dire les morts accidentelles des imprudents, des maladroits, des malchanceux, les morts des déments devenus inconscients et ne sachant pas ce qu'ils font, les morts de ceux qui sont atteints d'une maladie incurable et douloureuse, les morts des condamnés contraints par la société, les morts par éthisme des individus qui veulent remplir un devoir héroïque auquel ils ne croient pas pouvoir se soustraire. Tous ces « pseudo-suicides » sont compréhensibles pour tous. Ils ne posent aucun problème à l'esprit et ne provoquent aucun embarras, ni incertitude.

Il ne nous reste à envisager que le suicide vrai, conforme à la définition donnée ci-dessus, qui nous pose un problème assez ardu, celui de comprendre comment certains hommes se décident à porter sur eux-mêmes une main homicide.

Pour Achille Delmas, le mécanisme de ce suicide vrai ne peut être réalisé que par des états psychiques particuliers. Quels sont ces états psychiques?

1° Les crises de dépression parosystique de la cyclothymie ou accès mélancoliques.

2° Les états de dépression chronique, rémittents, mais continus, de la cyclothymie, ou états de dépression constitutionnelle.

3° Les épisodes aigus de l'hyperémotivité constitutionnelle.

Comme conclusion A. Delmas nous dit : « Ne se suicide pas qui veut : la cenesthésie ne s'altère jusqu'à l'anxiété suicidogène que chez les sujets dotés dès la naissance d'une constitution cyclothymique, ou d'une constitution hyperémotive ou, à la fois, de l'une et de l'autre » ; « la prédisposition anxieuse, qu'elle soit de nature cyclothymique ou hyperémotive, est la seule prédisposition au suicide. »

Certes, à la base du plus grand nombre de suicides nous trouvons ces deux constitutions; mais nous avons eu des cas où les investigations psychopathologiques nous ont poussé à conclure à l'absence de toute prédisposition anormale, et où les motifs tels que misère, abandon par le conjoint, perte d'emploi, chagrin d'amour ou de famille, ont seuls déterminé la prodigieuse rupture de l'instinct de conservation. Faut-il donc négliger ces cas et dire avec Ch. Blondel : « Ne renversons pas donc trop hâtivement l'autel encore élevé au dieu inconnu et contentons-nous de consta-

ter que pratiquement il ne semble y avoir guère de suicides sinon d'aliénés et de psychopathes ». Certes, non : d'autant plus que les partisans de la théorie pathologique du suicide qui, à défaut de troubles psychopathiques, voient chez les sujets qui se suicident ou qui font des tentatives de suicide, une constitution émotive spéciale et discrète, l'hyperémotivité vite refoulée, qui a échappé d'après eux à l'examen de ceux qui concluent à l'existence du suicide de sujets indemnes de toute anomalie.

L'élément social, ajoutent-ils, « ne peut suffire à causer le suicide et qu'il faut, pour s'y décider, une réactivité spéciale que seule l'hyperémotivité constitutionnelle, à défaut de tares plus marquées, peut créer ».

Il nous semble qu'on a fait un grand abus, de l'hyperémotivité constitutionnelle dont nous allons dire un mot.

C'est en grande partie aux travaux du professeur Ernest Dupré que nous devons la description, la sémiologie et le rôle dans le développement d'un grand nombre d'affections psychiques, de la constitution émotive. Celle-ci n'est que la disposition par laquelle l'homme réagit soit avec ampleur, soit avec promptitude aux sollicitations du monde extérieur. Ce n'est pas à proprement parler une maladie, mais simplement le terrain où va pouvoir naître la psychonévrose émotive, maladie définie. D'après le professeur Claude elle existe à l'état physiologique chez l'enfant. Le nourrisson et le petit enfant sont à l'état normal des

émotifs constitutionnels. Cette émotivité infantine s'efface progressivement avec les années, au fur et à mesure que le développement des voies d'inhibition assure l'équilibre naturel du système nerveux.

Cette constitution émotive se manifeste par un certain nombre de signes qui sont, d'après Dupré :

1° L'exagération surtout dans leur instantanéité et leur amplitude, des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires.

2° L'hyperesthésie sensitive et sensorielle, dans tous les domaines avec réactions vives et diffuses de la musculature mimique, vocale, vaso-motrice, etc...

3° Le déséquilibre des réactions vaso-motrices et sécrétoires qui se traduit par de brusques changements dans la constriction et la dilatation des capillaires; du dermatographisme; des alternatives de rougeur et de pâleur, des sensations de froid et de chaud surtout aux extrémités. On observe dans le domaine glandulaire des poussées sudorales, généralisées ou localisées, habituelles ou épisodiques, chaudes ou froides, survenant spontanément ou sous l'influence des plus minimes émotions; des alternatives de salivorrhée et de sécheresse de la bouche ou de la gorge, des irrégularités dans le taux de la sécrétion urinaire, indépendantes du régime alimentaire et se traduisant par des crises d'oligurie ou de polyurie, des décharges salines, spontanées, abondantes, ou des émissions répétées d'urine presque incolore (urines nerveuses), des variations brusques et opposées dans

les sécrétions gastriques et intestinales, avec troubles fonctionnels correspondants : dyspepsie, constipation, diarrhée, etc...; des crises lacrymales, avec pleurs subits et abondants, ou au contraire, avec sécheresse des yeux...

4° La tendance aux spasmes des muscles lisses, qui se révèle par le pharyngisme, avec dysphagie souvent élective pour tel ou tel aliment, tel médicament, telle boisson, etc..., l'œsophagisme avec la sensation de boule, le spasme gastrique avec vomissements, sensation de nerfs noués ou croisés dans la région, inhibition digestive, etc...; le spasme intestinal, avec constipation ou diarrhée, etc...

5° Le tremblement des muscles striés, bien connu sous le nom de tremblement émotif.

6° L'intensité et la diffusion anormales des effets physiques et psychiques des émotions.

Tous ces signes ne valent, en effet, que par leur groupement; isolés, ils n'ont aucune signification, car ils peuvent être tous déterminés dans leur pathogénie individuelle par d'autres conditions que par l'éréthisme et le déséquilibre sensitivo-moteur de l'émotivité.

Cette constitution hyperémotive est le terrain favorable par excellence à l'éclosion de l'anxiété, cette grande douleur, la moins tolérable de toutes les souffrances de l'être humain menacé dans son instinct de conservation. Le moindre incident suffira à provoquer cette anxiété chez l'hyperémotif puisqu'il

existe une disproportion entre le fait causal et l'intensité de l'émotion conséquente. Donc, née d'un choc émotif, elle débute brusquement, atteint en quelques heures son paroxysme et se manifeste en plus de la souffrance atroce par tous ces spasmes respiratoires, circulatoires et cardiaques, digestifs, glandulaires, qui constituent par excellence les signes de l'hyperémotivité. L'anxieux a l'estomac serré, le cœur dans un étau, le cou comprimé, la face ravagée, le regard effaré, le corps baigné de sueurs, les mains moites, et se trouve poussé impulsivement vers la mort, seule délivrance possible.

« Certains anxieux demeurent comme figés sur place, tout le corps baigné de sueurs, les bras et les jambes refroidis comme ceux des cadavres, l'esprit tout imprégné d'un sentiment vague et puissant de mort. Et c'est le désarroi, l'obnubilation des idées, l'impossibilité de voir devant soi, une hésitation poignante, un doute affreux, un redoutable sentiment d'étrangeté ».

D'autres anxieux parviennent à cacher un trouble immense aux yeux mal exercés à les connaître et conservent une activité en apparence immodiée. « Ce sont le plus souvent des doux, des hésitants, des timorés. Abominablement abimés par l'angoisse, desséchés, amaigris, brûlés, ils en sont venus peu à peu à la décision de mettre à néant leur personne, pour détruire du même coup le monstre étrange qui la ronge. Ils diffèrent, reculent l'instant fatal, bien moins par peur que par le souci de désoler ceux qui les

aient. L'heure qu'ils s'étaient fixés, ils la laissent passer dix fois. Puis un matin, dans un retour fameux du mal, ils succombent après une lutte sans nom. »

L'anxiété n'est pas l'apanage des hyperémotifs. A la suite de chocs émotionnels, elle peut se développer chez les individus à émotivité normale. Peut-elle dans ce cas conduire au suicide? Non, répond Achille Delmas, sans l'appoint d'une constitution hyperémotive, cette anxiété ne pousse pas au suicide.

Nous avons, en effet, cherché vainement chez les sujets qui ont fait une tentative de suicide et qui étaient indemnes de tares psychopathiques, les stigmates de la constitution hyperémotive. Seule l'action choquante plus ou moins accidentelle du milieu paraissait expliquer le geste de nos malades. Georges Dumas, dans le compte-rendu du livre de M. De Fleury sur l'angoisse humaine, écrit : « Je me suis demandé ce que mon expérience personnelle m'apprenait sur la question du suicide et après avoir soigneusement éliminé tous les suicides que j'ai connus professionnellement parce que je m'occupe de psychiâtrie, j'ai compté dans mon expérience, depuis quarante ans, treize suicides que, directement ou non, j'ai connus d'assez près pour avoir une opinion sur l'état nerveux ou mental des suicidés. J'en trouve quatre dont on peut dire qu'ils paraissent avoir été exempts de troubles psychopathiques. J'en compte trois qui étaient des hyperémotifs et qui se sont suicidés sous l'influence d'un accès d'angoisse. Les six autres étaient tous des périodiques qui se sont suici-

dés dans une période de dépression anxieuse. » Il ajoute ensuite : « De ce que les causes biologiques causes sociales ne jouent aucun rôle, ni même qu'elles jouent un grand rôle dans la détermination des suicides, on ne saurait conclure, à notre avis, que les n'en jouent pas un aussi considérable que les causes biologiques. Il est très vraisemblable, au contraire, que, pour les suicides exempts de tares psychopathiques, l'explication sociale de Durkheim garde toute sa valeur, que chez beaucoup de psychopathes qui vont jusqu'au suicide, il faut faire une part à l'explication sociale en même temps qu'à l'explication biologique, et que dans certains cas dont le décompte est assez difficile à faire, le suicide ne relève que d'un état paroxystique d'angoisse, si intense, si obnubilant pour la conscience que les freins sociaux ne fonctionnent plus. »

Ainsi donc la question du suicide n'évolue pas en pleine pathologie mentale.

Admettre que tous les suicides relèvent de la pathologie suppose manifestement un abus de langage. En 1926, Mlle Serin mène une enquête au domicile des suicidés avec les ressources du Centre de prophylaxie mentale. Quand un suicide suivi de mort était signalé par un journal, une assistante sociale se rendait au domicile du suicidé, afin de recueillir tous les renseignements propres à nous éclairer sur les antécédents du sujet, son attitude dans les jours qui ont précédé le suicide et les motifs qu'il avait pu donner de son acte. Pour les suicides ratés, Mlle Serin se ren-

daît auprès du rescapé et procédait à un examen mental. Les résultats obtenus étaient les suivants :

Sur 420 suicidés, on en compte 230 d'hommes, 173 de femmes, 17 seulement d'enfants de 18 ans — 200 suicidés étaient célibataires, 138 mariés et 41 en état de veuvage...

Au cours de cette enquête, il semble qu'un nombre important, un tiers exactement, ait été conçu et exécuté en l'absence de toute tare psychique.

« Le motif le plus fréquemment invoqué est le chagrin intime, veuvage, abandon, déception amoureuse, perte d'un enfant. Dans deux cas, il s'agissait de filles abandonnées au cours d'une grossesse. Dans 72 cas de ce genre, bien que nous nous soyons particulièrement attaché, chez les rescapés à rechercher les troubles mentaux, les signes de déséquilibre, nous devons reconnaître que nous n'avons rien trouvé. 50 suicides ont été causés en dehors de toute tare psychique, par la misère, ou par les revers de fortune. » Malgré certaines critiques d'Achille Delmas, cette statistique garde toute sa valeur.

L'élément social joue un grand rôle dans le déterminisme du suicide de gens exempts de troubles psychopathiques et d'hyperémotivité constitutionnelle. Laignel Lavastine parlant d'un suicide qu'il a qualifié de suicide vulgaire, dit : « Il est des hommes qui se tuent après mûre réflexion, pour des motifs valables et parfaitement raisonnés. »

CHAPITRE III

Nous avons examiné, dans le service de M. Levy Valensi, plusieurs malades ayant fait une tentative de suicide. Nous avons intentionnellement laissé de côté les malades atteints de troubles mentaux ou de dépression mélancolique et nous n'avons retenu que les observations des sujets hyperémotifs ou indemnes de toute anomalie et d'hyperémotivité constitutionnelle. Nous avons recueilli huit observations de tentative de suicide, dont cinq se rapportaient à des sujets parfaitement normaux et trois à des hyperémotifs. Ainsi donc en tenant compte de la définition du suicide donnée plus haut et en écartant toutes les tentatives de suicides dues à la cyclothymie, nous pouvons dire en nous basant sur le nombre de nos observations que la part du suicide non pathologique est aussi importante que celle du suicide des hyperémotifs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

*(recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé
Levy Valensi)*

J. O., âgée de 16 ans, domestique de profession, a fait une tentative de suicide par l'oxyde de carbone, dans les circonstances suivantes :

Après une dispute avec sa mère, vers 21 heures, qui lui reprochait d'être rentrée tard à la maison, elle s'était enfermée dans sa chambre et ouvrit les deux robinets à gaz. Le lendemain elle fut retrouvée sans connaissance et fut transportée à l'hôpital Ambroise Paré où elle reçut les premiers soins.

En la questionnant nous avons appris que la mère de la jeune fille lui interdisait de fréquenter un jeune homme. D'où discussions continuelles depuis six mois environ. « Ma mère, d'un tempérament vif, se montrait, nous dit-elle, très brutale avec moi. Elle me rendit la vie intolérable. Depuis deux mois j'avais cette idée de me suicider. Hier, après une grande dispute, je me suis enfermée dans ma chambre et j'ai ouvert les robinets à gaz. J'avais gardé tout mon sang-froid

et j'avais conscience de ce que je faisais. Je ne tremblais pas, je n'étais nullement troublée. Je m'étais mise dans un fauteuil et un quart d'heure après, je m'étais endormie. En sortant d'ici je recommencerai, à moins de me séparer de ma mère.

Antécédents : Mère, père et deux sœurs bien portants. Aucun suicide dans la famille.

Antécédents personnels : rien de notable à signaler.

Examen

Réflexes pupillaires : normaux.

Réflexes tendineux : normaux.

Aucun trouble de la sensibilité.

Réflexe oculo-cardiaque : ralentissement du pouls de quatre pulsations.

Pouls 80, normal.

Cyanose des membres inférieurs et supérieurs, des pommettes, du nez et des oreilles.

Abaissement de la température locale au niveau des peids et des mains.

Conclusion. — Cette jeune fille ne présentait aucun trouble névropathique. Elle répondait très bien aux questions qui lui ont été posées. Etat psychique assez bon. Elle n'était nullement hyperémotive. Seule la mésentente avec sa mère était la cause de cette tentative.

OBSERVATION N° II

*(recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé
Levy Valensi)*

S. R., âgée de trente ans, sans profession, s'est jetée dans la Seine le 4 mai 1933 dans les circonstances suivantes : Elle se promenait avec des amis sur les berges de la Seine quand subitement elle se précipita à l'eau. Retirée du fleuve quelques minutes après, elle fut amenée à l'hôpital Ambroise Paré où nous l'avons interrogée sur les raisons de cette tentative de suicide :

Le cœur a ses raisons, nous dit-elle, en débutant. Je suis en instance de divorce. J'ai un amant marié, ayant quatre enfants. Nous avons décidé tous deux de divorcer et de nous marier ensuite. Malgré l'opposition de mes parents j'ai demandé le divorce la première. Mon ami changea d'avis et ne voulut point divorcer. Je me suis trouvée seule, en conflit avec mon amant, mon mari et mes parents. Pour sortir de cette situation il n'y avait aucune issue, j'ai pris la résolution d'en finir avec la vie. Hier je me suis jetée dans la Seine, je recommencerai en sortant d'ici, car je ne m'entends plus avec ma famille et je n'ai jamais travaillé.

A l'examen, en dehors d'une bronchite, suite de la submersion, il n'y a rien d'anormal à signaler. Le psychisme est bon et il y a absence totale d'hypérémotivité.

OBSERVATION N° III

*(due à l'obligeance de M. le Docteur S. Chiff,
médecin à l'hôpital Henri Rousselle)*

A... R..., âgée de 24 ans, dactylographe, mariée depuis quatre ans, sans enfant, admise à l'hôpital Henri Rousselle le 14 février 1933, à la suite d'une tentative de suicide par l'oxyde de carbone.

A la suite d'un accouchement au mois de novembre, d'une fille morte en décembre, elle eut des discussions avec sa belle-mère qui habite avec elle, au sujet de la mort de cet enfant. Le mari prit fait et cause pour sa mère. A la suite de ces nombreuses discussions elle eut des idées de suicide. Elle demanda à son mari de ne plus vivre avec sa belle-mère. Celui-ci s'y refusa. A la suite d'une nouvelle discussion, le 31 janvier, au moment du déjeuner, la malade s'est enfermée dans la cuisine et ouvrit les robinets à gaz. Le mari eut recours à un serrurier pour ouvrir la porte. Il trouva sa femme évanouie. Il crut à une simulation, mais un médecin appelé constata un début d'asphyxie.

A l'examen

Pupilles réagissant normalement.

Réflexes tendineux normaux.

Etat psychique bon.

Tous les autres examens restent négatifs. On porta le diagnostic de dépression légitime. Dans ce cas encore, la mésentente avec la belle-mère est cause de la tentative de suicide.

OBSERVATION N° IV

*(recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé
Levy Valensi)*

Mlle P..., étudiante en pharmacie, âgée de 21 ans, a été hospitalisée le 22 octobre 1933 à Ambroise Paré, à la suite d'une tentative de suicide par le bi-iodure de mercure.

Voici les raisons qui ont déterminé son geste :

Elle commit un vol dans l'officine où elle faisait son stage en pharmacie. Le pharmacien la menaça d'informer ses parents et d'écrire à la Faculté. Devant ces menaces elle prit la résolution de se suicider. Après mûre réflexion elle prépara avec sang-froid un cachet de deux grammes de bi-iodure de mercure. Le samedi 21 octobre, après-midi, elle envoya une lettre d'adieu à ses parents, alla dans un cinéma des grands boulevards, dîna dans les parages de l'Opéra, et vers 20 heures et demie assista à la représentation d'une pièce de théâtre. Vers minuit elle prit la direction du bois de Boulogne et vers trois heures du matin elle arriva sur les quais de la Seine, à Boulogne. Elle s'assit sur le bord d'une péniche amarrée à cet endroit, déchira toutes ses pièces d'identité et absorba le cachet qu'elle avait préparé, et s'endormit. Trois heures après elle fut réveillée par des vomissements violents. Des ouvriers qui passaient en ce moment la transportèrent à l'hôpital Ambroise Paré.

Dès que cette jeune fille a été rétablie nous avons procédé à son interrogatoire qui ne nous révéla rien dans ses antécédents personnels et collatéraux. L'examen nous montra qu'elle n'était pas une hyperémotive. « Sans cette fâcheuse histoire, nous dit-elle, jamais je ne me serais suicidée ».

OBSERVATION N° V

Deux personnalités de l'aristocratie italienne, une dame âgée de 78 ans et son fils 42 ans ont été trouvées le vendredi 9 juin, dans l'après-midi, inanimées, dans une chambre d'hôtel. L'enquête a démontré qu'on se trouvait en présence d'un pénible drame de la misère.

Le comte avait été élevé depuis sa tendre enfance à Turin, où sa mère disposait d'une appréciable fortune et possédait d'importantes propriétés. Choyé par les siens, le comte fit ses études secondaires, que devait par la suite brillamment couronner le doctorat en droit. C'était dès lors la vie facile, aucun nuage ne pointait à l'horizon.

Des revers de fortune survinrent. Le comte se sépara de sa femme. Il vint habiter Paris avec sa mère. Utilisant ses titres universitaires le comte plaida quelques petites affaires, mais la chance ne le favorisa pas. Ce fut le commencement des difficultés et ces temps derniers la misère noire.

D... s'affilia à des organisations, qui lui permirent

de trouver des repas à bon compte. Un bon délivré par une œuvre de charité a été retrouvé dans le sac à main de sa mère ; il portait la simple mention : « Bon pour un demi-kilo. »

Ils se rendirent à... louèrent une chambre pour deux jours, la payèrent d'avance et se firent conduire presque aussitôt dans la pièce qui leur avait été affectée. Quelques instants après l'homme réclama deux tasses de tilleul et demanda qu'on ne les dérangeât pas le lendemain.

L'hôtelier ne voyant pas ses clients, s'inquiéta, fit ouvrir la chambre, vit la comtesse étendue sur un lit, ne respirant plus, et son fils, sans connaissance — trois tubes de somnifère entièrement vides, furent trouvés sur la table de nuit.

On transporta les deux désespérés à l'hôpital de St-Germain-en-Laye, où la comtesse expira dès son arrivée et le fils le lendemain.

Notre enquête personnelle a confirmé celle de la police. Nous avons interrogé un de leurs amis, avocat à la Cour, qui m'a déclaré :

— Je connaissais le comte sans le fréquenter beaucoup. Je le savais gêné pécuniairement. Il avait une forte instruction et se montrait beau causeur et bon vivant. Il était d'une grande fierté et n'était pas du tout hypérémotif. Leur concierge nous dit également : « Ces jours derniers sa mère était réduite à mendier presque dans la rue pour son fils. D'ailleurs elle prenait ses repas qui ne lui coûtaient que deux francs,

dans un cercle voisin. Elle était très pieuse et allait à la messe tous les jours. »

Ce suicide à deux est manifestement imputable à la misère.

OBSERVATION N° VI

*(recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé
Levy Valensi)*

Mme L. G..., âgée de 28 ans, manœuvre, entre le 17 mai à l'hôpital Ambroise Paré, à la suite d'une tentative d'empoisonnement par le Somenal.

« J'ai voulu m'empoisonner en avalant douze comprimés de Somenal parce j'avais des chagrins intimes. Mariée à un homme vicieux, je ne voulais plus vivre, avant d'accomplir mon acte, j'étais pâle comme une morte. Tout en moi tremblait à un tel point que j'avais des difficultés pour absorber les comprimés. Je voulais me tuer et je sentais que j'aurais été heureuse de mourir.

J'ai des insomnies tenaces que quatre cachets d'aspirine n'arrivaient pas à vaincre. Je suis excessivement nerveuse et pendant mes crises de nerfs, je sens quelque chose qui me serre la poitrine, qui me remonte à la gorge, qui m'étouffe et qui me donne des envies de pleurer ou de frapper.

Je suis facilement impressionnable — s'il m'arrive d'assister à un accident, j'en garde longtemps le sou-

venir. Un rien m'affole et me tourmente. Je me fais du mauvais sang pour la moindre des choses. Je suis bien malheureuse. »

L'examen, en dehors des réflexes qui sont vifs et de l'hypersensibilité cutanée, ne montre rien de notable. Notre malade était manifestement une hypérémotive.

OBSERVATION N° VII

*(recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé
Levy Valensi)*

C. G., âgé de 48 ans, exerçant la profession de manœuvre, a fait le 6 juin 1933 une tentative de suicide en absorbant un flacon de 15 gr. de laudanum.

Depuis le 11 mai je suis sans travail. Je ne touche pas l'allocation de chômage parce que ma femme travaille. Voyant que je ne trouvais pas à m'employer, j'avais profité de l'absence de ma femme pour mettre fin à cette situation. J'ai absorbé entièrement le flacon comme si je prenais un verre de vin. J'avais gardé tout mon sang-froid, j'étais calme, très clame, et je savais ce que je faisais. Je n'ignorais pas que je commettais une grosse bêtise, mais j'étais écœuré de ce monde où la femme a pris la place de l'homme. J'ai fait la guerre, j'ai été gazé.

Lors de l'examen nous avons constaté de l'emphyseme, un gros foie, des réflexes vifs, une hypéresthésie

sensitive très nette, des extrémités froides. Nous avons pensé à l'éthylisme et nous avons procédé à un nouvel interrogatoire. Celui-ci non seulement confirma ce que nous avions pensé, mais encore révéla que notre malade avait nié systématiquement lors du premier interrogatoire tous les signes psychiques de la constitution hypérémotive.

OBSERVATION N° VIII

*(recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé
Levy Valènsi)*

Mme G..., âgée de 26 ans, cartonnrière, entre à l'hôpital le 14 mai 1933, à la suite d'une tentative de suicide par le Gardenal. Voici son histoire :

Le samedi 13 mai, à 11 heures, la malade a été trouvée dans sa chambre en plein coma. Elle a été transportée à l'hôpital où nous l'avons interrogée, quand elle repris connaissance, sur les motifs de sa tentative de suicide.

« Je suis séparée de mon mari, nous dit-elle, depuis le 15 octobre 1932. J'ai un enfant qui m'a été pris par mon époux et que je n'ai pas revu depuis le jour de l'an. Cette séparation m'a beaucoup peinée. Ces jours-ci je me suis trouvée sans travail. Etant trop nerveuse, n'étant pas forte et n'ayant pas un tempérament à lutter, j'ai pris la résolution de me tuer. J'ai mis au

courant de mon intention mes parents qui n'ont pas voulu me croire. Hier j'ai absorbé une trentaine de comprimés de Gardenal à 0,10 pour en finir avec la vie.

Depuis quatre mois je ne dors presque plus — mes nuits sont affreuses — ma nervosité est la cause de ces insomnies. D'ailleurs un rien me frappe beaucoup. Le moindre accident me bouleverse. Je porte beaucoup d'attention aux choses les plus futiles. Je m'en fais beaucoup. Ainsi je rêve très souvent à mon enfant. De temps à autre je me réveille en pleine nuit, toute trempée de sueur, la gorge sèche, tout affolée d'ignorer ce que fait mon enfant et torturée par l'idée que je ne le reverrai plus jamais. J'éprouve l'envie de sortir de ma chambre, de fuir pour retrouver mon calme. »

L'interrogatoire et l'examen ont montré que nous avions affaire à une hypéremotive.

CHAPITRE IV

Le psychiatre dispose vis-à-vis des états anxieux et des obsessions-impulsions d'une thérapeutique parfois efficace. L'isolement avec surveillance constante dans une maison de santé, l'alitement, les bains prolongés, les bromures, et les opiacés sauvent beaucoup de vies humaines. Mais le psychiatre se trouve désarmé devant le suicide d'un homme sain d'esprit et où les chagrins intimes, la misère, l'infortune conjugale, la crainte du déshonneur restent seules causes déterminantes de l'homicide de soi-même. Il est, en effet, impossible de s'opposer au suicide d'une personne à laquelle on ne connaissait pas de motifs pour cela, ou qui les ayant, s'est gardée d'en faire part à qui que ce soit. C'est à la société entière de se préoccuper de ces suicides d'individus dont l'état ne semble réclamer ni soins, ni conseils. On ne peut nier que le suicide, avec le développement qu'il a pris, n'indique un état de souffrance de la société. Par conséquent, le remède doit être cherché dans une meilleure organisation sociale. Le développement du sentiment religieux, une bonne éducation, les lectures instructives, la multiplication des œuvres de bienfaisance et des offices de

placement, l'assistance sociale, les associations syndicales, les sociétés coopératives peuvent donner de bons résultats. Les groupements sportifs rapprochent les individus les uns des autres, réagissent contre ce personnalisme qui envahit toutes les classes de la société et opposent au suicide une barrière des plus solides. Un moyen dont l'utilité saute aux yeux, consisterait à empêcher une partie des suicides par imitation, en coupant court à toute publicité à cet égard. Cette mesure a inspiré à Esquirol le passage qui suit :

« En attendant qu'une sage législation apporte quelque remède à cette plaie de la société, les amis de l'humanité peuvent désirer que l'éducation repose sur des bases plus solides de morale et de religion; ils doivent réclamer contre la publication des ouvrages qui inspirent le mépris de la vie et vantent les avantages de la mort volontaire. Ils doivent signaler au gouvernement les dangers qui résultent de mettre sur la scène les infirmités auxquelles l'homme est exposé. Ils doivent demander hautement qu'on défende aux journaux d'annoncer tous les suicides et de rapporter les motifs et les plus légères circonstances du meurtre. Ces récits fréquents familiarisent avec l'idée de la mort, et font regarder avec indifférence la mort volontaire. Les exemples fournis tous les jours à l'imitation, sont contagieux et funestes, et tel individu poursuivi par les revers ou par quelque chagrin, ne se serait pas tué s'il n'avait lu dans son journal l'histoire du suicide d'un ami, d'une connaissance. La liberté d'écrire ne saurait prévaloir contre les vrais amis de l'humanité ».

Toutes ces sages mesures, qui sont loin du pouvoir d'un psychiâtre, jouent un grand rôle dans la prophylaxie du suicide par leur action sur le physique et sur le moral des individus et font rappeler à la jeunesse les sages préceptes de J.-J. Rousseau : « Chaque fois que tu seras tenté de sortir de la vie, dis en toi-même : « Que je fasse encore une bonne action avant de mourir » ; puis vas chercher quelque indigent à secourir, quelque infortuné à consoler, quelque opprimé à défendre. » A beaucoup d'entre nous elles feront dire : « Mourir, c'est fuir, on ne fuit pas. »

Quand aux suicides ratés, la psychothérapie donne dans ces cas des résultats merveilleux. La rééducation persuasive, les suggestions les plus pressantes, l'appel au sentiment de la dignité humaine, au devoir, les sermons individuels adaptés à chaque sujet, ont beaucoup de portée. Ainsi dans le cas le plus fréquent, celui de la jeune femme brusquement abandonnée par son amant, quelquefois enceinte et souvent sans ressource et qui a fait une tentative de suicide, le réconfort moral, la présence d'un parent ou d'une personne amie qui veuille s'occuper d'elle, le travail pour oublier sa peine, la font se ressaisir dans la majorité des cas et la réconcilient avec l'existence.

Quoiqu'il en soit, il est difficile au médecin de conjurer le suicide d'un homme sain d'esprit, c'est le cas où les travaux sociologiques se montrent d'excellent conseil.

CONCLUSIONS

S'il existe un suicide pathologique, acte d'aliénés proprement dits ou de sujets de constitution cyclothymique ou hyperémotive, il existe aussi un suicide non pathologique, acte d'individus indemnes de tares psychiâtriques et de constitution normale, déterminé seulement par des facteurs sociaux. Ainsi donc, à côté de toutes les psychoses sous l'influence desquelles l'homme peut se suicider, une part doit être faite au suicide moral, où le facteur social est la cause déterminante.

Ce suicide non pathologique n'est pas aussi rare que certains le croient. Certes il est moins fréquent que le suicide pathologique, toutefois nous pouvons dire que sa part est aussi importante que celle des suicides dus à l'hyperémotivité.

Devant pareil suicide le médecin est désarmé. La lutte contre la misère, les accidents de la vie et l'état du milieu n'est, dans la plupart des cas, qu'indirectement d'ordre médical. Elle est du ressort de la sociologie. Dans ce cas nous croyons légitime de penser que la sociologie et la biologie ne peuvent que s'en-

tr'aider et que leurs efforts mutuels permettent d'aboutir à des résultats qu'aucune d'elles, livrée à elle seule, ne saurait se flatter d'atteindre.

Vu : le Doyen

G. ROUSSY.

Vu : le Président

Henri CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Le devoir du Médecin devant le suicide. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, t. CIII, 1930, N° 17).
- BAYET. — Le suicide et la morale, 1932.
- Ch. BLONDEL. — Le Suicide. Strasbourg, 1933.
- H. CLAUDE, LE GENDRE et SOUQUES, HARTMANN et M. LABBÉ. — Le Médecin devant le suicide. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, Séance du 15 avril 1930).
- A. DELMAS. — Psycho-pathologie du suicide. (*La Médecine*, février 1931).
- M. DE FLEURY. — La conception moderne du suicide. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, 1924).
- L'angoisse humaine, Paris.
- G. D'HEUCQUEVILLE. — Etiologie et prophylaxie du suicide. (*Bull. Médical*, 1931).
- E. DUPRÉ. — Pathologie de l'émotivité. (*Société de Neurologie*, novembre 1909 et janvier 1910).
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales. Paris, 1838.

HALBWACHS. — Les causes du suicide. Paris, 1930.

LEROY. — Etude sur le suicide. Paris, 1870.

LESAVOUREUX. — Le spleen. Thèse, Paris, 1913.

LÉVY-VALENSI. — Suicide pathologique. (*Progrès Médical*, 1928).

MOREAU fils (de Tours). — De la contagion du suicide. Paris, 1805.

S. SERIN. — Causes du suicide. (*Archives de Médecine*, 1928).

— Une enquête médico-sociale sur le suicide à Paris. (*Ann. Médico-Psych.*, oct. 1926).

VIALLOU. — Suicide et Folie. (*Annales Médico-légales*, 1901 et 1903).

Imp. spéciale de la Librairie L. RODSTEIN. — Paris

